

照顧一位連續可動性腹膜透析病患 發生腹膜炎的護理經驗

江杏珠 黃金蓮*

摘要

連續可動性腹膜透析 (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis 簡稱 CAPD) 是目前末期腎衰竭病患用來維持生命的治療方法之一, 在臨床上腹膜炎是最常見亦最嚴重的合併症。本個案報告是探討一位初行連續可動性腹膜透析的患者, 發生腹膜炎時所面臨生理、心理、社會衝擊的護理經驗。筆者以 Gordon 11 項功能進行資料收集護理評估, 經整理分析之護理問題為: 疼痛、現存性感染、體液容積過多、營養狀況改變、焦慮、無望感、知識不足等。在護理期間 (89 年 4 月 12 日至 90 年 5 月 30 日), 採持續性、整體性的個案管理護理模式, 給予適當的護理措施, 改善病患之身心不適, 使病患獲得良好的治療與調適。筆者深深感受到能提供持續性、整體性的專業照護, 對病患而言才是優質的護理。

關鍵字: 連續可動性腹膜透析、腹膜炎、合併症

前言

連續可動性腹膜透析 (CAPD) 具有維持穩定的血液生理狀態及血壓、貧血的改善與可活動性等優點, 是居家透析治療的理想方式。在醫療評估中, CAPD 的病人在工作的復健及生活品質上, 均較血液透析病患有令人滿意的表現, 使得 CAPD 的病患越來越多 (Thodis et al., 2001)。但不少

病患在每天 4-5 次換液操作過程中, 因不正確的操作技術而污染發生腹膜炎。當病患發生腹膜炎, 除透析效果降低外, 住院率與醫療成本隨之增加, 嚴重者甚至導致終止治療危及生命。不僅造成病患及家屬相當的心理壓力, 同時也帶來害怕與無助的情形。

台灣大學附設醫院 3K 病房護理長 台灣大學附設醫院護理部副主任、醫學院護理學系兼任講師*
 受文日期: 91 年 1 月 15 日 修改日期: 91 年 1 月 23 日 接受刊載: 92 年 2 月 6 日
 通訊作者地址: 江杏珠 台北市基隆路三段 155 巷 57 號 臺大醫院公館院區 3K 病房
 電話: (02) 87339578 電子信箱: sandra@ha.mc.ntu.edu.tw

綜觀 CAPD 之合併症中，腹膜炎仍是影響透析存活率的最大原因。如能改善腹膜炎發生率，CAPD 的存活率必能大幅提昇 (Keane et al. 2000)。尤其對長期 CAPD 病患而言，感染常是一時疏忽或觀念不正確所致。由於他們來自不同的生活背景及對疾病有認同上的差異，護理人員應針對病患的問題，提供相關的正確知識及觀念，讓病患能持續標準的換液技術及正確的無菌觀念，預防合併症的發生，以提昇病患自我照顧及家屬照顧病患之能力，維持穩定的透析，達到增進病人身心舒適、改善生活品質的目的。

文獻查證

一、末期腎疾病 (End Stage Renal Disease；簡稱 ESRD) 之生理症狀及治療方式

ESRD 俗稱尿毒症，是最複雜且不可逆的慢性疾病之一，其致病機轉是腎元受到傷害而導致腎機能障礙。引起腎元傷害的疾病包括：血管疾病、腎絲球疾病、腎小管及間質疾病、阻塞性疾病等，由腎臟超音波中可發現腎臟皮質回音度增強，表示其纖維化的發生及整個腎臟萎縮，致腎臟排除身體代謝產物的功能喪失。體內毒素的聚積影響各生理系統而出現尿毒之症狀如：噁心、嘔吐、食慾不振、失眠、嗜睡、貧血、出血傾向、皮膚癢等，當腎絲球過濾率 (Glomerular Filtration Rate；簡稱 GFR) 小於 10 ml/min 時，醫師就會建議患者接受透析治療 (邱，1989；洪，1997)。目前腹膜透析、血液透析、腎臟移植是 ESRD 常見的治療方式，在台灣器官捐贈不普遍的情形下，腹膜透析及血液透析為

ESRD 主要的治療方法。由於 HD 易造成血液動力學不穩定，1975 年醫學工程師 Popovich 和 Moncrief 醫師發展出 CAPD 的觀念，以數學公式計算出每日 8-10 公升的腹膜透析即可產生足夠的透析治療效果，並證實其實用性，且將此種治療技術命名為連續可動性腹膜透析 (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis；簡稱 CAPD) (台灣腎臟醫學會,2000；Gokal,1996)。

CAPD 是利用右旋葡萄糖透析液灌入腹腔，藉由腹膜為半透膜的特性，代謝體內廢物及過濾多餘水分，每天持續 24 小時的透析療法主要成效包括：

- 1.維持血液中尿素氮 (BUN) 及肌酸肝值 (Cr)，
- 2.穩定體內電解質濃度，
- 3.控制血壓。

除生理狀況改善外，許多研究亦發現 CAPD 患者的幸福感與日常生活的自我照顧能力提昇，食慾亦增加；在心理社會的互動、適應及職業復健上都有相當的成效 (賴等，1996；Gokal, 1996；Thodis et al., 2001)。

二、腹膜透析之主要合併症—腹膜炎

(一) 定義與發生率

腹膜炎是指：

- 1.透析液混濁白血球 > 100 cells/ul，且多核白血球 > 50%。
- 2.突發之上腹痛併有壓痛或反彈性腹痛 (Piraino et al.,1999)。
- 3.透析液之細菌培養或抹片發現微生物。

上述任兩項即可診斷為腹膜炎，部份病人伴有發燒、噁心、嘔吐，少數病人有腹瀉之情形，潛伏期約 8-72 小時 (林、蔡，1998；Keane et al., 2000)。

許多學者指出，腹膜炎是腹膜透析治療中最常見的合併症 (Keane et al., 2000)。

在腹膜透析治療的早期，腹膜炎的發生率約 10.5 個病人月發生一次。近年來，在導管及輸液管和換液系統的簡化改良後，便利性大大的提高，再加上對病人的教育，腹膜炎的發生率也大幅度的下降，平均約 32 個病人治療月發生一次（賴等，1996；Thodis et al., 2001）。

（二）腹膜炎之影響

腹膜透析治療引起的腹膜炎大部分可治癒，且不需住院治療，但感染腹膜炎會改變病人的腹膜功能；包括（1）降低排除尿素的功能；（2）腹膜通透性改變，降低超過濾容積；（3）增加蛋白質的流失、葡萄糖的運輸，而影響透析療效與營養狀態，進而影響病人的預後。

病人發生腹膜炎需高成本抗生素治療，若持續反覆感染，病人就需住院治療，當治療無效則需拔除導管轉作血液透析，續嚴重惡化時甚會造成全身性感染而致死。根據許多研究指出病人終止 CAPD 的原因以腹膜炎為最多，約佔 13~70%。拔管的原因亦以腹膜炎為第一，約佔 20~44%。另住院病人中約有 10~57% 是因腹膜炎及其合併症而需住院治療（林、蔡，1998；洪，1997；Anderson, 1997），所以腹膜

炎的危害性深深的影響 CAPD 病人的預後及能否繼續 CAPD 治療。

（三）臨床常見的感染來源及菌種

引起腹膜炎外在因素佔 80 %以上，包括之病因如下：

- 1.手術植管時污染造成早期腹膜炎
- 2.透析液過期，透析液袋破損
- 3.換液技術污染
- 4.護理人員更換輸液管時污染
- 5.因導管出口處或隧道感染蔓延
- 6.導管撕裂或接頭鬆脫
- 7.加藥技術污染等。

內在因素約佔 20%，包括：

- 1.因便秘、腹瀉等引起腸胃道通透性改變。
- 2.上呼吸道感染、肺結核、肺炎等引起的血路感染。
- 3.泌尿道、陰道之感染造成的上行性感染。
- 4.內在器官的發炎：如胰臟炎。腹膜炎的致病微生物發生率依序為革蘭氏陽性菌、革蘭氏陰性菌、黴菌（林、蔡，1998；Keane et al., 2000）。臨床常見的感染來源及菌種如表一。

表一、常見的感染來源及菌種

革蘭氏陽性菌約佔 55~80%	革蘭氏陰性菌約佔 17~30%	來源	備註
上皮金黃色葡萄球菌 Staphylococcus epidermidis		皮膚、鼻腔	約佔 60~70%為最常見之菌種
金黃色葡萄球菌 Staphylococcus aureus		皮膚、鼻腔	
鏈球菌屬 Streptococcus species		口、咽喉腔 陰道、尿道	

革蘭氏陽性菌約佔 55~80%	革蘭氏陰性菌約佔 17~30%	來源	備註
	放射線菌屬 Acinetobacter species	環境污染	
	綠膿桿菌 Pseudomonas	環境污染	
	大腸桿菌 Escherichia coli	尿道、腸道	
	脆弱性腸桿菌 (anaerobes) Bacteroides fragilis	腸道	
白色念珠球菌 Candida albicans (fungus)		陰道	黴菌約佔 2~10%

(四) 抗生素的用法

因抗生素和透析液具相容性，故一般是直接將藥物加入透析液中進行治療腹膜炎，但加入肝素作輔助治療時，必須注意肝素和 Aminoglycoside 可能會發生沉澱作用。根據 Sewell 等研究，以 500u/L 肝素和各種抗生素混合，發現並沒有影響抗生素之活性，肝素濃度在 500u/L 是安全濃度，如果濃度太高，便可能產生沉澱使抗生素活性降低（林、蔡，1998；Keane et al., 2000）。另外 Aminoglycoside 和 Penicillin 類相混合，常造成 Aminoglycoside 類抗生素效價減弱，此乃因 Penicillin 類之 β -lactam 環和甲基氨群會相互作用之故。因此 Aminoglycoside 類和 Penicillin 類不可相混合於透析液當中。目前最常用之 Cephalosporin 類和 Aminoglycoside 類抗生素在高濃度下混合亦可能會產生沉澱，因此在腹膜腔給藥前必需觀察透析液有無混濁、沉澱。另其之副作用；Aminoglycoside 類產生的腎毒性造成聽神經障礙，如眩暈、耳鳴，這些都是抗生素使用時必需注意與防患的（Keane et al., 2000）。

(五) 腹膜炎之預防

周氏（1998）的研究發現腹膜炎發生次數與換液操作技術及整體操作技術呈明顯的負相關，即病人若是感染性合併症發生次數越多，其換液及整體操作技術會越差。

腹膜炎之預防應包括：

1. 病人的選擇需嚴格。
2. 適合病患個別性的訓練規劃及教材。
3. 提供醫療團隊之整體持續性照護。
4. 加強一般醫療人員對 CAPD 的認識。並隨時評估實際治療的狀況，必要時需要再教育及再訓練，以預防合併症的再發生（周，1998；DeVecchi & Scalamogna, 2001；Gokal, 1996；Thodis et al., 2001）。

三、接受 CAPD 病人常見的身心問題及護理

學者研究發現，90% 尿毒症病人不知道真正罹病原因，且對疾病的認知嚴重缺乏；大部分病人在接受透析治療時都曾尋求過民俗療法；多數病人更害怕洩漏自己的疾病。病人拒絕或延遲透析治療的因素是對民俗療法、換腎等尚存一絲希望，且對治療感到害怕憂慮，因並不真正了解治

療的過程及方法、自我身體心象與角色的改變...等等；而接受透析治療的因素：其他療法無效時、對疾病認知觀念改變、透析治療減輕病痛、使病情獲改善、可延長生命及家人與醫護人員的支持與鼓勵等（周，1998；Wai et al., 1997）。另文獻中亦提到 CAPD 病人的困擾包括：對未來不確定感、社交生活減少、活動時間與地點受限制、外觀改變、失去身體功能、睡眠障礙、工作受影響、感覺花在治療的時間太長且對治療常規感到無聊、再者出院時對新的治療未完全適應、依賴別人及不能依賴醫護人員完成大部分的醫療責任等多重的失落與生活的不便。因而產生焦慮、害怕、憂鬱、無望與不確定感等心理反應（周，1998；Wai et al., 1997）。

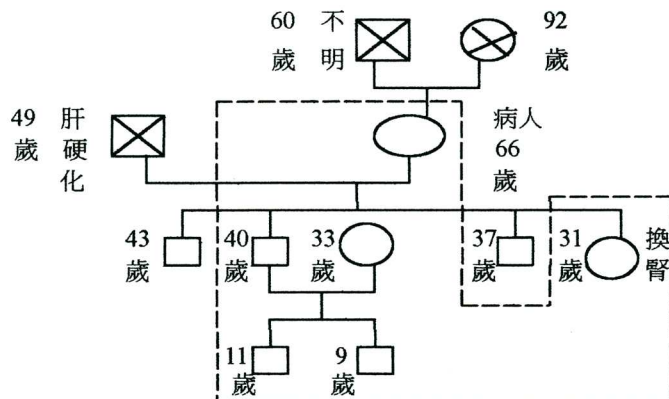
綜觀上述 CAPD 病人必需面對無限期的壓力及無法確知的預後結果，進而造成病人在生理、心理、社會各層面的衝擊，影響長期的治療效果。再加上居家透析治療與照護的煩瑣，使得病人會有不遵從的情形。據學者研究指出：約 40% 病人會有減少換液次數的情形，而影響治療結果及增加合併症的發生（周，1998；Juergensen

et al.）。多數 CAPD 病人在居家換液操作的問題有：1.設備不集中，環境雜亂；2.不注意換液前的環境準備；3.光線不良；4.未詳細檢視透析液性質及有效日期；5.簡化操作過程，由於反覆且不能間斷的換液工作，易讓病人忽略無菌觀念的重要及環境的準備，導致污染引起腹膜炎（周，1998）。

個案簡介

黃太太，66 歲，不識字，採民間信仰，是位典型的本省籍家庭主婦，除閩南語外能說些許的國語，育有三男一女（女兒亦是尿毒症的病患，81 年 4 月行 CAPD 透析治療於 84 年 2 月換腎迄今）。先生去世多年目前跟女兒與二兒子一家同住，個案原在市場賣衣服收入還可以。二兒子夫妻亦同在市場賣貢丸生意不錯，故家中經濟無慮，生活上並無困難。偶還會與女兒一同出國旅遊，但自從發病後即在家中修養。病患娘家無特殊病史，除父親去世多年原因不明外，母親去年才老死，娘家大哥、大姊、弟弟及三位妹妹均健在。

家庭圖譜



過去病史

病人於民國 71 年因蛋白尿而發現腎臟不好，但未規則追蹤治療，78 年發現高血壓，採不規則藥物治療及門診追蹤，81 年 2 月因心悸、頭暈而至本院急診求治，當時血壓 170/110mmHg。返家後，即規則在本院門診追蹤治療，直至 88 年 7 月 BUN/Cr 上升至 108.5/11.3 (mg/dl)，醫師建議透析治療，病人除臉色較蒼白外無明顯尿毒

症狀，仍規則門診追蹤治療。88 年 11/18 BUN/ Cr： 146/16.3 (mg/dl) 尿毒症狀仍不明顯，無噁心、嘔吐且食慾尚可，尿量亦發病及住院過程：未減少，但 BUN/Cr 持續上升經主治醫師解釋並安排住院，接受動靜脈瘻管形成術出院後，於 12 月開始每周三次規則血液透析治療。但至 89 年 4 月瘻管三度阻塞醫師建議轉採 CAPD。

發病及住院過程

	89 年	
	4/17	(收案管理)；照會外科植管
護	4/24	CAPD 相關訓練課程開始
	5/5	病患自行操作 CAPD
	5/7	出院；(個案管理追蹤)
理	5/29	(急性期個案管理) Dialysate Cloudy (++)， Abd. pain (+)， Fever (-)， Chilliness (+)。來院求診經醫師診斷腹膜炎按腹膜炎常規處置：1.混濁回流液當袋留檢體，送常規檢查及細菌培養。2.沖洗 2-3 袋透析液。3.依醫囑於透析液內加抗生素及肝素。4.視病人症狀、培養結果及藥物敏感試驗更改適用之抗生素。
期	6/5	細菌培養：陰性
	6/12	停用抗生素
間	6/17	透析液常規檢查白血球數：0 cells/ul 後續一般個案管理追蹤

迄今一年餘未再發生腹膜炎

護理評估

係以 Gordon 11 項功能性健康型態收集資料與執行護理評估，以確立問題。

一、健康感受與健康處理型態

與個案會談時，病患覺「人生快到盡頭了，連最後的治療都出問題，只能坐以待斃，隨便你們死馬當活馬醫」。據個案表示民國 71 年就知道腎臟不好，但自覺沒什麼不舒服，所以未規則追蹤治療。直至 81 年因心悸、頭暈等不適症狀，至本院急診求治才開始規則的追蹤治療。由此可知個案對健康感受、處理型態，與尋求或接受醫療、遵從醫囑的態度是屬於較被動的。

二、營養與代謝型態

發生腹膜炎前 5/8 的 albumin 4.0g/dl，因腹膜炎會增加蛋白質流失及食慾減退進食量少，尤其對肉類及魚類更是拒絕動筷子，每餐最多小半碗飯及少許青菜，故體力差且相當軟弱，6/16 albumin 下降為 3.3g/dl。

三、排泄型態

每日排尿次數約 1-2 次，50-100cc/天，自解順暢呈淡黃色無味，餘需靠透析排除體內尿毒素及多餘的水分。排便正常，每天一次，呈黃褐色軟，腸蠕動正常不需依靠藥物。

四、活動與運動型態

病患表示開始生病透析後沒什麼體力，都無法到市場做生意。尤其腹膜炎的第一、二天更是軟弱無力，但四肢功能正常

，能執行日常活動及完成自我照顧不需協助。

五、睡眠與休息型態

病人主訴：「哎！會喘喔！晚上都半躺臥著睡，腳也會腫」。

睡眠型態較淺短且斷續每日約 4-5 小時，尤其腹膜炎期間更嚴重，因腹膜通透性變快，導致葡萄糖吸收增加而降低超過濾率能力，使個案體液容積過量，體重上升、下肢水腫、微喘、咳嗽等症狀。

六、認知與感受型態

病患意識清楚無視、聽、記憶上困難，除閩南語外能說些許的國語。雖較被動的配合醫療處置及護理措施，但仍會主動詢問的說：「水清了，還要加藥嗎！還要加多久」。「都按照你們教的來換藥水怎麼還會發炎呢！到現在肚子還會悠悠啊疼」。

七、自我感受與自我認知型態

病患表示「人老身體自然容易生病，但總該留一條路給我，實在苦命哦！」「好不容易孩子都大了，也成家立業了，才開始要好命就生病」。由於病患在無法進行 HD 情況下，而接受 CAPD 且在接受治療不到一個月即發生腹膜炎，導致對現況的無法掌握產生焦慮、擔憂及對未來的無望感。對身體心像的改變，病患認為都那麼老了，肚子多一條管子有什麼關係，只要能好好洗下去就好。

八、角色與關係型態

先生去世多年目前跟女兒與二兒子一家同住，個案原在市場賣衣服收入還可以。二兒子夫妻亦同在市場賣丸生意不錯

，故家中經濟無慮，生活上並無困難。與孩子及孫子間關係良好，回診時不是女兒就是兒子或媳婦陪同前來。

九、性與生殖型態

病患已停經十幾年，且先生也去世多年。

十、因應與壓力耐受型態

由於 HD 不到五個月屢管就三度失敗才轉做 CAPD，沒想到亦不到一個月即發生腹膜炎個案焦慮、沮喪之情不在話下。病患曾抱怨：「唉！從手洗到肚子，又洗到發炎可憐！」在與其會談時不是搖頭唉聲嘆氣就是低頭不語，若提及腹膜炎更是緊

皺眉頭，據家屬訴病患碰到挫折或壓力時總是如此。經抗生素治療後病情漸改善，個案才較為寬心，唯面對自己未來長期透析生活以及女兒在換腎後，近日情況變差而顯得較無安全感。女兒為個案的主要支持者，目前未婚且仍與個案同住，彼此有較多的時間相處互動良好。

十一、價值與信念型態

病患是位典型的本省籍家庭主婦，採民間信仰，剛生病時會帶著女兒到各個廟宇求神問卜，現在較少了。因為身體一直很軟弱沒什麼體力，只期望能好好洗下去就好。

護理問題、措施及評值

依據前述評估的結果，確立個案之護理問題如下：

護理問題（一）：現存性感染/因腹膜炎產生腹痛、透析液混濁且有纖維蛋白

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S: 哎呀！從來沒有這麼痛過。</p> <p>O: 1. 透析液混濁且有纖維蛋白，沒有發燒但腹部有反彈性疼痛雙手抱著肚子，彎腰走路。</p> <p>2. 5/29 細菌培養呈陰性。</p>	<p>1. 確立感染原因及致病原。</p> <p>2. 能正確及按時執行加藥步驟。</p> <p>3. 家屬能運用無菌技術換液。</p> <p>4. 腹膜炎症狀改善，透析液常規檢查白血球數小於 100cells/ul，細菌培養呈陰性。</p>	<p>1. 按腹膜炎之處置，予細菌培養及白血球數之檢查等，並追蹤檢驗報告。</p> <p>2. 依醫囑於透析液內加抗生素，並觀察副作用。</p> <p>3. 請照顧者回覆示教，加強無菌技術及觀念。</p>	<p>1. 五天後（6/5）細菌培養呈陰性。</p> <p>2. 十四天療程停藥後（6/17），再度檢驗結果：白血球數：0 cells/ul。</p>

護理問題（二）：體液容積過量/透析效果改變、降低

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S：哎!會喘喔!晚上都半躺臥著睡，Y腳也會腫。</p> <p>O：個案體液容積過量，體重上升2.9kg、下肢水腫(+2)、微喘、咳嗽等症狀。</p>	<p>1.維持液體的平衡：體重能自60.6kg降到感染前的58kg，下肢水腫恢復正常。</p> <p>2.維持水腫皮膚的完整性。</p>	<p>1.依醫囑增加高濃度透析液的使用</p> <p>2.與個案及家屬一起討論限水、限鹽的重要性。</p> <p>3.急性期鼓勵個案臥床休息以枕頭抬高下肢。</p> <p>4.每日測量體重及腳踝水腫處，並詳細記錄之。</p> <p>5.教導個案及家屬以中性肥皂清洗皮膚及潤膚乳液的使用，並避免在水腫處用冷、用熱，穿寬鬆衣服及合適拖鞋，避免水腫處皮膚受壓受損。</p>	<p>個案能配合高濃度透析液的使用，體重降至58kg，下肢水腫亦恢復正常，且皮膚完整無受壓受損情形。</p>

護理問題（三）：疼痛/個案因腹膜炎產生急性之腹痛

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S：「肚子痛的要死！靠心肝窩的下方，不可以摸會痛喔！拿止痛藥給我吃或是注止痛ㄟ好嗎？」</p> <p>O：病人臉色蒼白眉頭緊皺，低聲呻吟，無法挺直腰走路。</p>	<p>減輕病患疼痛</p>	<p>1.連續沖洗3袋透析液，以減輕腹痛。</p> <p>2.以主動溫和的態度關懷病患，評估疼痛的性質、頻率；必要時聯絡醫師給予止痛劑，並觀察使用後效果。</p> <p>3.適時表達關心，教導放鬆技巧，如：保持屈姿深呼吸，並鼓勵家人陪伴以轉移對疼痛的注意力。</p>	<p>1.病患表示止痛劑的效果沒有預期的好。</p> <p>2.病患在當天腹痛即已減緩。</p> <p>3.腹痛在第二天即不痛。</p> <p>4.第二、三天透析液亦呈清澈。</p>

護理問題（四）：知識不足/換液過程中無菌技術及觀念之疏忽。

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S：「我有按照你們教的來換藥水，怎麼還會發炎呢！」「大概阮媳婦講換藥水，時不用關門，才會巧哪！」。提及發生腹膜炎的問題，一直認為自己的技術沒問題，且很不高興的樣子。</p> <p>O：個案雖有戴口罩但未將鼻子蓋住，且未按正確洗手方法洗手。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.瞭解並說出換液過程中無菌技術及觀念之重要性。 2.能說出及操作，正確程序的重點及注意事項。 3.技術評值表評估達 100 分。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.示範正確換液技術請個案回覆示教，並與之討論換液程序每個步驟，瞭解其中疏忽之處。對於可能引起次感染的操作過程予反覆練習。 2.個案在換液時未按正確程序操作而不自知，協助其瞭解危險因素與不正確行為的關係。 3.向個案及家屬說明腹膜炎可能引起之合併症，以及對未來透析治療效果的影響，並請家屬協助及提醒。 	<p>依評值表評估達 95 分（又未將鼻子蓋住），個案對於換液操作步驟清楚，認為此次腹膜炎應該是操作時電扇及門未關，並表示以後換液當中會特別注意排除一些增加感染機率之事（EX:換液時不吹電風扇、需關門、戴口罩、洗手、連接及分開透析管路時的無菌動作、環境勿吵雜……等）</p>

護理問題（五）：焦慮/對腹膜炎的治療無法掌握

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S：怎麼辦！洗到沒得洗，洗沒兩天就發炎。</p> <p>這會好嘛！要住院嗎？</p> <p>O：會談時個案不時的搖頭哀聲歎氣，且緊皺眉頭顯焦慮擔憂狀。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.減輕焦慮，個案能說出心中的擔心及感受。 2.能瞭解及說出腹膜炎可能發生的原因、症狀、及處理與預防的方法。 3.加強個案對腹膜炎的處理能力。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.鼓勵個案說出對腹膜炎的恐懼，焦慮及擔心的部份。 2.腹膜炎的原因症狀，處置及預防的再教育。 3.以主動溫和的態度傾聽個案的主訴及發洩心理的情緒反應，來表達護理人員的同理心及關懷，並能瞭解其感受。 4.將個案提出之問題請有相同經驗的腎友來解答，讓個案有機會與有相同經驗者談談 	<ol style="list-style-type: none"> 1.個案表示一直擔心好不了怎麼辦，如果不能洗只有死路一條。經解釋、鼓勵及症狀改善後主動表示我現在好多了心情也較輕鬆了。 2.個案能說出三項，腹膜炎可能發生的原因及症狀。 3.個案能說出透析液混濁時，之正確處理方法 4.能說出腹膜炎的危險因素。 5.回診時主動將腹

		內心的感受並分享他人的治療歷程。 5.蒐集個案腹膜炎前後的情形及問題，給予適當的解釋及具時效性的解決或處理問題。 6.鼓勵其提出自身經驗與其他腎友交流或討論互換心得。	膜炎的經驗與心得，告訴發生腹膜炎的病友。
--	--	---	----------------------

護理問題（六）：無望感/由於個案在無法持續進行 HD 情況下而接受 CAPD，且不到一個月即發生腹膜炎，導致對現況及未來產生無望感。

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S：唉！從手洗到肚子，又洗到發炎可憐！無效丫啦！真淒慘！洗到沒得洗，我看死死～！嘎快活！</p> <p>O：在與個案會談時，不是搖頭哀聲嘆氣就是低頭不語。</p>	<p>1.能說出 CAPD 的感受及規劃未來。</p> <p>2.能以正向的態度面對 CAPD 治療及合併症。</p>	<p>1.以主動尊重的態度，傾聽與了解個案對疾病之認知、接受度及目前 CAPD 治療的居家生活行態。</p> <p>2.和個案討論其對 CAPD 真實的感受，藉以澄清及修正錯誤的訊息。</p> <p>3.必要時予以加強其之認知，協助面對疾病與合併症帶來之衝擊。</p> <p>4.在接受疾病本身之外，指導每日作息與換液時間之規劃，使透析生活漸趨習慣、正常及鼓勵培養興趣。</p> <p>5.介紹對透析治療有正向感受且成功的腎友與之經驗分享，藉由腎友的經驗讓個案了解及思考日後需面對的問題。</p>	<p>1.個案對於 CAPD 的治療型態，較了解且能接受並表示不必像 HD 每週需到醫院三次還是 CAPD 比較便利。</p> <p>2.個案腹膜炎治癒後，體力也恢復中現每日運動近一小時外，表示還會接送孫子上下學，故心情改善許多表示希望明年再出國旅遊。</p>

護理問題（七）：營養狀況改變/攝取少於身體所需與尿毒及腹膜炎之症狀有關。

主客觀資料	護理目標	護理措施	評值
<p>S：病人抱怨媳婦做的食物不好吃，看到就反胃，就自行外購，但情況仍相同，感覺嘴巴有怪味道吃不下，每餐最多小半碗飯及一點點青菜、看到魚肉會怕，蛋也不愛吃。</p> <p>O：病人臉色蒼白軟弱乏力，由家屬攙扶走入 CAPD Center；Albumin 由 (5/8) 4.0g/dl 降為 (6/16) 3.3g/dl。</p>	<p>1.促進食慾改善營養狀態</p> <p>2.增加活動量</p>	<p>1.向個案解釋為何蛋白質流失，及補充蛋白質之重要性。</p> <p>2.指導多攝取高蛋白飲食指（瘦肉、魚、蛋、奶），教導媳婦及家人可變化烹調方式以促進食慾。</p> <p>3.保持心情輕鬆、愉快，並可依體力狀況來規劃漸進式的定期運動。</p>	<p>由於腹膜炎預後良好，個案精神改善許多，且有每天規律運動近一小時左右。個案表示進食較以前多，食慾改善，預定看7月底抽血檢查結果。</p>

討論

一、加強腹膜炎之預防與處理之衛教

從文獻參考及筆者從事腹膜透析護理多年之經驗，大多數的腹膜炎，確實因病患操作技術不正確而發生。此個案經由仔細評估與分析，主要是因為換液及加藥過程導致感染，但病人往往不自覺。筆者即藉由病患回診時，加強衛教協助瞭解危險因素與不正確行為的關係，及回覆示教至技術評值表達 100 分。

所以加強腹膜炎預防與處理之衛教，

並以回覆示教模式，確認病患的學習狀況，在護理策略上是必要的。

二、心理調適與支持

由於病患才初行腹膜透析治療，在心

理尚未調適時就感染腹膜炎，對病患來說是一大衝擊，同時女兒身體近況又欠佳（四年前換腎）對個案而言，真是雪上加霜。故病患在面臨腹膜炎時，除了身體不適外，其內心的恐懼與焦慮，自不在話下。因女兒是她最好的依賴，也是最大的負擔。在這次護理過程中，除提供相關的護理，減輕病患急性期的不適，並在回診時介紹相同經驗治療成功的腎友，確實增強個案自信心及自我照顧能力。因此，在臨床上，護理不只提供病人知識、技能上的教導，更應關注病人之心理調適與支持。

三、加強居家治療之追蹤

CAPD 是居家治療之方式，病患的遵從性、獨立性與治療結果有相當的關係。因時間、人力與資源的不足，筆者只能以電訪追蹤個案在家中執行的狀況，所以

如何控制病患居家換液環境及維持標準換液技術，有實際上的困難。亦是本報告的限制，若能由 CAPD 護理人員發展居家訪視業務，協助病患與家屬對長期腹膜透析生活的調適，提供持續的衛教及新資訊，增加病患的遵從性、獨立性及自我照顧的能力，如：遵照醫囑服藥注射 EPO、規則換液、照顧導管出口、配合各項檢查、完整的居家紀錄、熟練相關技術、遇緊急異常事件也能做初步的處理等等。除能減少醫護人員工作負擔，提昇醫療品質外，也能避免或減少病患因腹膜炎所帶來身心的傷害，並可藉此提昇病患對未來有正向的生活態度。

結論

腹膜炎是 CAPD 臨床上最常見亦最嚴重的合併症，除了少部份的內在因素外，如何確立發生的原因，探究致病源是何種細菌之感染，及早予正確及適當之治療是非常重要的。此外，在護理此個案過程中，筆者深覺提供適當及持續的衛教，並隨時評估相關的操作技術，加強再教育及再訓練，更是護理的獨特功能。若能結合居家訪視的護理業務，協助病患適應居家照護，減少因操作技術或居家環境雜亂，引起感染問題，以預防合併症的發生；並以持續性整體性的照護模式進行個案管理，提升患者的透析品質，對病患而言這才是優質的照護。

參考資料

邱艷芬 (1989) · 身體評估護理之應用 · 台北：華杏。

周幸生、歐嘉美、蘇雅玲、蔡素華、康百淑、葉明珍等和譯 (1997) · 新臨床護理診斷 · 台北：華杏。

周麗婷 (1998) · 腹膜透析治療患者居定自我透析行爲之探討 · 碩士論文，台北：國立台灣大學。

林傳雄、蔡敦仁 (1998) · 腹膜透析併發再發性腹膜炎 · 當代醫學，25 (8)，630—631。

洪冠予 (1997) · 實用透治療手冊析病案討論 · 台北：文靜。

賴永勳、黃尚志、楊五常、暨中華民國腎臟醫學會透析評估委員 (1996) · 臺灣地區八十五年度透析評估 · 中華民國腎臟醫學會雜誌，10 (4)，163-197。

臺灣腎臟醫學會 (2000) · 腹膜透析護理人員訓練班教材 · 台北：台北榮民總醫院。

Anderson, J.E. (1997). Ten years' experience with CAPD in a nursing home setting. Peritoneal Dialysis International, 17(3), 255-261.

DeVecchi, A.F., & Scalamogna, A. (2001). Does a face mask prevent peritonitis? Peritoneal Dialysis International, 21(1), 95-97.

Gokal, R. (1996). CAPD overview. Peritoneal Dialysis International, 16 (Supplement 1), S13-S18

Juergensen, P.H., Wuerth, D.B., Juergensen, D.M., Finkelsein, S.H., Steele, T.E., Kliger, A.S., Finkelsein, F.O. (1997). Psychosocial factors and clinical outcome on CAPD. Advances in Peritoneal Dialysis, 13, 121-124.

Keane, W.F., Bailie, G.R., Boeschoten, E., Gokal, R., Golper, T.A., Holmes, C.J., Kawaguchi, Y., Piraino, B., Riella, M., & Vas, S. (2000)

Adult peritoneal dialysis-related peritonitis treatment recommendations : 2000 Update. Peritoneal Dialysis International, 20(4), 396-411.

Piraino, B., Bernardini, J., Fried, I., & Johnston, J.R. (1999) Pain due to peritonitis. Peritoneal Dialysis International, 19(6), 583-590.

Thodis, E., Passadakis, P., Vargemezis, V., & Oreopoulos, D.G. (2001). Peritoneal dialysis: Better than, equal to, or worse than hemodialysis? Data worth knowing before choosing a dialysis modality. Peritoneal Dialysis International, 21(1), 25-35.

Wai, C.L., Chan, S.L., See Odd Leong, Jane C. & van der Straaten. (1997) Psychosocial and psychiatric morbidity in patients on CAPD. Advances in Peritoneal Dialysis, 13, 12-14.

Nursing Experience on a CAPD Patient with Peritonitis

*Hsin-Chu Chiang Chin-Lian Huang**

Abstract

Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) is one of the primary treatments for maintaining the life of end stage renal disease (ESRD) patients. Peritonitis is one of the most common and serious clinical complications. This case report is based on a study from the nursing experience of a new peritoneal dialysis patient who was facing physical, psychological, and social difficulties. Gordon's 11 items on life functions were used to assess this patient's needs. This patient had the following problems: pain, infection, excess body fluid, change of nutritional status, anxiety, hopelessness, and lack of knowledge of self-care of peritoneal dialysis. Nursing care focused on these problems. Subsequently, the patient had an obvious improvement in peritonitis. Continuous and comprehensive nursing care is the best standard of care for patients suffering from ESRD.

Key words: end state renal disease, quality of nursing care, Gordon's 11 life functions

Head Nurse, 3K ward of National Taiwan University Hospital

Vice Director, Department of Nursing, NTUH Lecturer. School and Graduate Institute of Nursing, NTU*

Received : Jan. 15, 2003 Revised : Jan. 23, 2003 Accepted for publication : Feb. 6, 2003

Correspondence : Hsin-Chu Chiang, 261, No. 57, Lane 155, Sec. 3, Jilung Rd., Daan Chiu, Taipei, Taiwan 106, R.O.C.

Telephone : (02) 87339578 E-mail: sandra@ha.mc.ntu.edu.tw